262

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Albert PIGNEY
Né à Paris, le 25 octobre 1890
Ancien Externe des Hôpitaux

SUR UN CAS D'HIPPOCRATISME UNILATÉRAL

Président : M. BEZANÇON, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur F. BEZANÇON

Officier de la Légion d'honneur

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

A MES MAITRES

M. le Professeur F. BEZANÇON

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

M. le Professeur RECLUS (*in memoriam*)

M. le Professeur MÉNÉTRIER

M. le Docteur BRAULT

M. le Docteur CHAPUT (*in memoriam*)

M. le Docteur TRIBOULET (*in memoriam*)

M. le Docteur RUDAUX

M. le Docteur S. I. de JONG

AVANT-PROPOS

Avant de terminer nos études médicales, si longtemps interrompues par la guerre, nous nous faisons un devoir d'adresser à notre maître, M. le professeur Bezançon, l'hommage de notre profonde gratitude pour avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous avons trouvé dans son service, comme externe, un accueil des plus cordial et l'occasion de nous perfectionner journellement. Nous en garderons un souvenir impérissable.

Nous remercions aussi M. le Dr S. I. de Jong des conseils précieux et des documents qu'il a eu l'obligeance de mettre à notre disposition pour l'exécution de notre thèse.

Sur un Cas

D'HIPPOCRATISME UNILATÉRAL

INTRODUCTION

Depuis Hippocrate les médecins ont eu leur attention attirée par les déformations bilatérales ou unilatérales des extrémités digitales, lesquelles peuvent survenir au cours de diverses affections cardiaques, pulmonaires ou autres. Ils ont donné à ces déformations le nom de doigts hippocratiques ou hippocratisme, ils les ont étudiées, en ont cherché la cause et l'importance au triple point de vue étiologique, pronostique et diagnostique.

Des notions incontestables sont dès maintenant admises sur ce sujet ; d'autres points sont discutés, notamment la pathogénie. Dans ce travail nous nous efforcerons, après avoir résumé l'état actuel de la question, d'apporter notre contribution aux notions déjà acquises. Laissant de côté l'étude trop vaste des hippocratismes bilatéraux, nous nous contenterons de présenter quelques cas cliniques d'Hippocratisme unilatéraux recueillis soit par nous soit par nos prédécesseurs, enfin nous essaierons d'en tirer quelques conclusions au point de vue étiologique et pathogénique.

DÉFINITION ET ÉTUDE CLINIQUE DE L'HIPPOCRATISME

Nous empruntons à Trousseau la définition de l'hippocratisme. Il est en effet le premier qui ait donné une description précise de cette déformation.

« Lorsqu'on examine dans son ensemble la main hippocratique, on est frappé sur-le-champ de la forme mousse de l'extrémité des doigts ; la dernière phalange est plus courte, plus large et arrondie en massue. Dans l'autre main, au contraire (la main normale), la dernière phalange est longue et mince.

Vu en arrière, le doigt régulier représente assez bien un cylindre qui va diminuant de diamètre jusqu'à l'extrémité de l'ongle ; mais cette disposition n'existe pas dans le doigt hippocratique, le cylindre diminue, comme dans l'autre cas, de la base du doigt à l'extrémité de la deuxième phalange ; mais arrivé là, il grossit de nouveau jusqu'au milieu de la dernière phalange pour se terminer en un bout arrondi. Cette conformation s'observe beaucoup mieux encore en regardant les deux doigts indicateurs examinés de profil.

Si maintenant nous prenons isolément cette der-

nière phalange nous voyons que son diamètre antéro-postérieur est notablement augmenté par le développement considérable de la pulpe du doigt, développement qui contraste avec la maigreur du reste de la main.

La dissection a montré à M. le Dr Pigeaux que l'os n'avait subi aucune augmentation de volume. Mais le tissu lamineux situé à la base et sous la racine de l'ongle s'est lui-même hypertrophié. Il en résulte que la racine de l'ongle est d'autant plus éloignée de l'os et que cet éloignement est tel qu'on la sent basculer lorsqu'on presse la face dorsale de la phalange.

Or le soulèvement de la racine de l'ongle produit deux phénomènes remarquables : d'abord l'effacement de l'angle obtus rentrant formé par la rencontre des plans de l'ongle et du dos du doigt ; en second lieu l'incurvation notée par Hippocrate. On conçoit en effet que l'extrémité libre de l'ongle restant adhérente à la pulpe, tandis que sa base est soulevée, le plan de l'ongle rencontre plus promptement le plan de la face palmaire du doigt ; ce qui constitue l'incurvation hippocratique. »

La forme que nous venons de décrire n'est pas générale. A côté de ce type du doigt en massue ou en battant de cloche il nous faut mentionner les déformations fusiformes, en baguette de tambour, en bec de perroquet. Doit-on attacher une importance quelconque à ces divers types de déformations? Très probablement non, car ils semblent relever d'un même processus morbide.

Certains auteurs, Trousseau en particulier, ont observé que le doigt hippocratique ne gagnait pas tous les doigts en même temps ; d'abord le pouce se déformait, ensuite venaient l'index et les autres doigts dans leur ordre naturel ; l'annulaire étant souvent indemne de déformations.

En plus de la description de l'aspect du doigt hippocratique, il faut que nous relevions les diverses modifications qui surviennent du côté de l'ongle en particulier, de la pulpe et des os.

Modification des ongles. — Les ongles appelés par M. Marie ongles en « verre de montre » sont convexes dans leurs deux sens. Toujours sensiblement élargis et allongés, leur bord libre vient se recourber sur la pulpe, doublant l'extrémité inférieure du doigt. Ainsi que le disait Trousseau la racine de l'ongle est soulevée par le développement exagéré des parties molles et se trouve situé sur un plan supérieur à l'extrémité digitale antérieure.

Nous remarquons aussi que les bords latéraux de la phalangette se laissent déborder et les deux replis cutanés qui normalement forment le lit de l'ongle, disparaissent.

L'ongle n'est pas seulement modifié dans son aspect, il l'est aussi dans sa coloration et sa structure.

La coloration de l'ongle n'est pas toujours identique mais en général l'on retrouve de la pâleur et la disparition de la lunule.

L'épaisseur de l'ongle est toujours moindre qu'à l'état normal. Partant, il devient plus flexible. A

l'inspection, l'on relève souvent à la face supérieure des stries longitudinales qui le traversent dans toute sa longueur.

Modification de la pulpe et des os. — D'après Essbach, la dilatation veineuse augmente la vascularisation des phalangettes et la pulpe est hypertrophiée.

Dans l'hippocratisme, si les parties molles sont hypertrophiées, l'os est toujours intact.

En 1832, Pigeaux avait déjà remarqué cette absence de lésions osseuses et disait: « les os ne sont altérés ni dans leurs rapports, ni dans leurs formes, ni dans leur consistance. »

En mars 1901, M. le Dr Béclère a démontré à la Société médicale des Hôpitaux avec radiographie à l'appui que les parties molles sont hypertrophiées, mais que les os des phalangettes sont intacts.

Enfin en 1904, MM. Bezançon et Israëls de Jong ont établi dans les *Archives de Médecine* que les déformations se localisent aux ongles et aux parties molles des extrémités digitales.

LES CAS CLINIQUES D'HIPPOCRATISME UNILATÉRAL

Nous venons de donner la description classique de l'hippocratisme bilatéral. Il ne sera pas confondu avec la dactylomégalie de Ramond caractérisée par la forme cylindrique, boudinée, épaissie avec accroissement en largeur du doigt et l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de M. Pierre Marie qui est une lésion non limitée à la phalangette, donnant des déformations multiples des os et des articulations, s'accompagnant presque toujours de douleurs, laissant une impotence fonctionnelle relative et montrant à la radiographie et en coupes anatomo-pathologiques des lésions osseuses, articulaires ou périostées.

On sait maintenant que l'unilatéralité de l'hippocratisme est possible bien qu'assez rare. La cause la plus fréquente est une atteinte veineuse : tronc brachio-céphalique ou sous-clavière. Des cas de rétrécissement de ces veines ont été signalés par Meygret dans sa thèse comme obstacle mécanique permettant par la suite le développement du processus pathologique.

Les phlébites oblitérantes n'ont pas apporté un appoint semblable à la pathogénie de l'hippocratisme unilatéral.

Par contre, la coexistence de compression veineuse et d'hippocratisme unilatéral a été récemment signalée par différents auteurs. Nous-mêmes avons eu l'occasion d'en étudier récemment un cas à l'hôpital Boucicaut dans le service de notre maître M. le professeur Bezançon. Nous en relaterons ci-dessous l'observation ainsi que les cas similaires remarqués par nos prédécesseurs.

OBSERVATION I

M. J... dont il s'agit dans cette observation personnelle est âgé de cinquante-trois ans et électricien de profession. Il n'a jamais fait d'excès de boisson et de tabac. Séparé de sa première femme dont il a eu deux enfants il est remarié et a trois enfants de cette nouvelle union. Ses deux épouses n'ont jamais fait de fausses couches. Les enfants sont tous bien portants.

L'on ne relève dans le passé de cet homme que des bronchites survenant chaque hiver depuis 1914. Il a de la dyspnée d'effort, mais jamais de crises d'étouffements nocturnes ou diurnes.

Depuis deux ans, il ressent des fourmillements et des douleurs vagues dans le membre supérieur droit, mais a continué néanmoins son travail jusqu'au 19 janvier 1920. A cette époque, le bras droit a commencé à enfler. Cet œdème a débuté par les doigts, a gagné la main, l'avant-bras et enfin le bras. En même temps, les fourmillements et les

engourdissements avaient disparu, mais est survenu une douleur sourde, continue, exaspérée la nuit à ce point qu'elle empêchait tout sommeil. Cette douleur localisée d'abord à la main a envahi tout l'avant-bras, le bras et correspondait au sein. Elle siégeait avec plus d'intensité aux articulations métacarpo-phalangiennes et du poignet.

Examen du malade :

a) *Visage.* — Il est bouffi et pâle, les temporales sont sinueuses.

b) *Cou.* — Il est court, presque proconsulaire, et laisse voir les battements des vaisseaux de la région.

Au niveau du creux sus-claviculaire droit l'on aperçoit une masse arrondie, molle, de la grosseur d'une mandarine.

A la palpation cette masse est animée de battements synchromes à la pulsation radiale, sans souffle à l'auscultation.

c) *Thorax.* — A l'inspection, on est immédiatement frappé du développement de la circulation veineuse sous-cutanée de la région pectorale droite.

d) *Membres supérieurs.* — A son entrée à l'hôpital, le malade présentait un œdème ayant débuté il y a une quinzaine de jours. Cet œdème atteignait tout le membre supérieur droit, il était blanc, dur un peu, douloureux à la pression.

L'examen des mains montre un hippocratisme unilatéral droit. Les phalangettes sont en forme de « bec de perroquet ». La lunule des ongles a disparu, et l'on constate sur ces derniers la présence de stries longitudinales.

Par malheur, le malade ne peut préciser à quelle date a débuté cet hippocratisme unilatéral. La main droite a beaucoup moins de force pour serrer que la main gauche. Le malade hésite avec sa droite à mettre son index sur son nez, il ne souffre cependant pas pour placer son bras dans la verticale. Inhabile dans ses mouvements, il ne souffre d'aucune ankylose même partielle. Enfin l'on voit un peu de cyanose des extrémités et un léger refroidissement de la main droite par rapport à la main gauche.

L'on ne relève aucun trouble de la sensibilité ni de zones d'hypoesthésie. Pas de varices ni de circulation collatérale au bras droit.

Le bras gauche est normal.

Les pouls radiaux sont synchrones (82 pulsations des deux côtés à la minute) mais le pouls droit est plus faible que le gauche.

Au sphygmotensiomètre de M. Vaquez, la pression est à gauche de 11 minima 15 maxima ; à droite de 9 minima 14 1/2 maxima.

e) *Auscultation du cœur.* — La pointe bat dans le sep-

tième espace au niveau de la ligne mamelonnaire. Les bruits sont assourdis, particulièrement le deuxième bruit à la base. Dans la fosse sus-claviculaire droite au niveau de la masse pulsatile, l'on percoit très nettement les deux bruits de la révolution cardiaque. L'on ne relève la présence d'aucun souffle orificiel.

La matité dépasse à droite d'un bon travers de doigt le manubrium sternal et à gauche de deux bons travers de doigts le bord gauche du sternum depuis la première côte jusqu'à la cinquième.

f) *L'examen radioscopique* donne les résultats suivants :

Grosse masse obscure débordant très notablement la ligne médio-sternale, s'étendant depuis la clavicule jusqu'au diaphragme avec au milieu une encoche paraissant très nette et semblant indiquer une séparation de la masse cardiaque et du bourgeon vasculaire.

Des deux côtés, on voit débordant l'ombre sternale, la crosse aortique qui présente une augmentation de volume. Cette masse non animée de battements et qui laisse le médiastin postérieur clair à l'examen oblique antérieur doit faire évidemment partie du bourgeon aortique.

A l'examen oblique, l'on voit le passage œsophagien sans aucun arrêt.

Donc le diagnostic est « ectasie-aortique » développée au niveau de la portion ascendante de l'aorte et de la crosse de l'aorte qui arrive par suite de sa dilatation formidable à comprimer le tronc brachio-céphalique droit.

Le malade est apyrétique; il a des traces d'albumine dans les urines et pas de sucre.

Les réflexes rotuliens sont normaux. Le malade présente une inégalité pupillaire très nette. La pupille droite est plus petite que la pupille gauche mais elles réagissent très bien à la lumière et à l'accommodation.

Le malade présente enfin un Wassermann positif.

Cet homme, soigné depuis le 19 décembre à l'hôpital, a été soumis au traitement mercuriel et l'on a vu son œdème disparaître presque entièrement en quelques jours. Les phénomènes généraux se sont améliorés et actuellement le malade se sert mieux de son bras droit dont il ne souffre pas. Il n'a plus de dyspnée. Il semble même que l'hippocratisme de ses doigts a une tendance à la régression.

OBSERVATION II

Meygret publie dans sa thèse de doctorat (29 nov. 1905, obs. IV)

Homme de soixante-cinq ans, a une déformation hippocratique unilatérale droite. L'aspect des ongles et des phalangettes de la main droite est semblable à celui des descriptions classiques de doigt hippocratique. La radiographie ne montre aucune dissemblance entre les phalangettes osseuses de la main droite et celles de la main gauche. Cet homme est porteur dans la région sous-claviculaire droite d'une ectasie de l'artère sous-clavière droite. Le malade ne peut en préciser le début mais est affirmatif sur la date d'origine de la déformation des doigts. Elle remonterait à un an et serait survenue peu de temps après l'apparition de très violentes douleurs dans l'épaule droite avec irradiations au coude et à la main. A cette époque, la main était gonflée, violacée et la région sous-claviculaire beaucoup plus volumineuse qu'à présent. Les deux mains de même coloration au repos prennent une teinte différente quand le malade fait des mouvements; la main droite devient alors légèrement cyanosée. De plus, il existe un développement anormal du réseau veineux sous-cutané au-devant du thorax des deux côtés. Pas de différence dans l'intensité des battements des deux pouls radiaux, pas de troubles de la sensibilité.

Conclusion de Meygret : la veine sous-clavière droite serait demeurée rétrécie à la suite d'accidents inflammatoires aigus.

OBSERVATION III

(M. Souques, in *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* du 13 mars 1919, p. 186.)

Il s'agit d'une femme dont la main droite est normale et dont les phalangettes, les doigts de la main gauche sont hypertrophiés en massue. Les ongles sont incurvés en tous sens et ont l'aspect classique en « verre de montre ». Pas de différence squelettique des phalangettes à la radiographie. Léger degré de cyanose de la main gauche. Varices du membre supérieur gauche très nettes à la face antérieure de l'avant-bras. Le pouls est régulier des deux côtés. La pression artérielle normale est égale à droite et à gauche. Rien à signaler dans l'appareil pleuro-pulmonaire, le tube digestif, le foie, la rate, le système nerveux.

La réaction de Wassermann est positive.

Il s'agit non de rétrécissement des veines, mais de varices. Le résultat est le même puisqu'il donne un ralentissement de la circulation veineuse du membre. Le ralentissement du sang veineux fait que les tissus des phalangettes baignent longuement dans un sang chargé de principes toxiques, de déchets nutritifs, mais il serait téméraire d'affirmer que tel ou tel de ces principes toxiques soit l'agent de l'hippocratisme.

OBSERVATION IV

(M. A. Béclère, *in* Société médicale des hôpitaux de Paris. Séance du 1er juillet 1904, p. 749.)

Homme de cinquante-quatre ans, porteur d'un anévrysme de l'aorte et exempt de toute suppuration des voies respira-

toires, présente un degré de déformation hippocratique des extrémités digitales des membres supérieurs avec développement anormal de la circulation veineuse sous-cutanée de toute la face antérieure du tronc. Une de ces veines variqueuses sous-cutanées descend jusqu'au pli inguinal droit, véritable communication entre la veine cave supérieure et la veine cave inférieure permettant de conclure à un rétrécissement du calibre de la veine cave supérieure. La cause de ce rétrécissement est la suivante : anévrysme de l'aorte comprenant la région sous-clavière droite. Diagnostic confirmé par la radiographie qui montre une dilatation anévrysmale volumineuse de tout l'arc aortique avec prédominance de la dilatation à l'origine de l'aorte au voisinage de la veine cave supérieure. L'examen radioscopique permet d'affirmer l'intégrité des poumons.

En résumé, chez ce malade, porteur d'un anévrysme aortique et atteint consécutivement d'un rétrécissement de la veine cave supérieure, il ne paraît pas possible d'attribuer à une autre cause qu'à ce rétrécissement, la déformation hippocratique des extrémités digitales supérieures. La déformation est symétrique et accentuée dans les deux membres supérieurs puisque la circulation veineuse est également troublée dans les deux membres supérieurs.

OBSERVATION V

Chez ce malade, la déformation prédomine à la main droite. L'anévrysme aortique dont il était porteur comprimait inégalement les deux troncs brachio-céphaliques veineux, le tronc droit beaucoup plus que le gauche, comme en témoignait la circulation veineuse collatérale, notablement plus développée à droite qu'à gauche.

OBSERVATION VI

Le malade dans ce cas, atteint d'un anévrysme de l'aorte,

est porteur simultanément d'un anévrysme de l'artère sous-clavière droite qui comprime la veine correspondante. Il présente une circulation collatérale exclusivement développée à droite et un hippocratisme unilatéral de la main droite.

« Partisan résolu de la théorie mécanique du doigt hippocratique, j'admets que le trouble mécanique qui est à l'origine de ce processus pathologique en amène le développement parce qu'il a abouti à un trouble chimique, à une insuffisance chronique de l'hématose » (Béclère).

OBSERVATION VII

M. le docteur de Jong a eu l'amabilité de nous communiquer une observation personnelle recueillie à un conseil de réforme au cours de la dernière guerre.

Il s'agit du soldat P..., atteint d'éléphantiasis du bras droit extrêmement volumineux. L'œdème est dur, existe depuis longtemps et s'accompagne de troubles trophiques. Cet homme avait été blessé par balle au bras. L'entrée du projectile siégeait nettement dans la région vasculaire axillaire ; il était sorti par la face externe au-dessous du deltoïde.

Cet homme présentait des ongles hippocratiques unilatéraux énormes.

Cette observation vient encore à l'appui de notre thèse et démontre que tout obstacle à la circulation veineuse est une cause d'hippocratisme.

OBSERVATION VIII

(L.-J. Baur, *Revue de Médecine*, décembre 1919.)

Il s'agit d'un malade atteint d'un anévrysme de la sous-clavière gauche chez lequel se produisirent des déformations hippocratiques des doigts du côté gauche et de ce côté

seulement. Chez cet homme de soixante et un ans, ancien syphilitique, l'anévrysme, avant de devenir apparent, avait déterminé des douleurs par compression nerveuse ainsi que de l'œdème de la main par compression vasculaire. Puis s'était montrée la déformation des doigts avec incurvation des ongles qui prenaient l'aspect du « bec de perroquet ». Cette déformation est très prononcée et s'oppose complètement à la conformation normale de l'autre main.

OBSERVATION IX

(Bernhard, in *Berliner Kluch. Woch.*, 1906, n° 12, p. 343.)

Dans l'année 1904, j'ai examiné M. R. H..., âgé de soixante-deux ans, menuisier, pour crises de douleurs violentes, entraînant une impotence du bras droit, qui duraient déjà depuis quelques années.

De constitution robuste, cet homme contracta la syphilis à trente-huit ans. Il n'a pas eu d'enfants en vingt-huit ans de mariage. Il n'est pas alcoolique.

Depuis des années, cet homme souffre de douleurs partant de l'angle supéro-interne de l'omoplate et descendant sur le bord externe du bras droit, le bord externe du coude et le long du radius. Sans que l'on puisse incriminer les mouvements, des douleurs spontanées se produisent au pli du coude au tiers inférieur de la face postérieure de l'avant-bras et à la face dorsale des mains. Ces douleurs empêchent le malade de dormir. De plus, il ne peut élever son bras jusqu'à la verticale sans réveiller des douleurs dans l'épaule et le coude. Les mouvements des articulations du membre supérieur droit se font bien mais sont plus faibles que ceux du côté gauche. La main droite du malade serre moins fortement que la gauche la main qu'on lui tend.

La main droite et les doigts sont plus froids et légèrement cyanosés. Les phalangettes des doigts ont la forme de ba-

guettes de tambour. Les ongles non rayés ont l'aspect caractéristique de bec de perroquet.

Du côté droit, cet homme perçoit les sensations avec un certain retard et ne peut accomplir un acte délicat sans le faire avec maladresse.

On remarque à l'inspection du thorax dans la fosse sus-claviculaire droite, une expansion pulsatile de la grosseur d'une petite pomme. On y entend un souffle systolique.

L'auscultation du cœur donne un premier bruit soufflant et un deuxième bruit claqué. Le pouls, rapide, est plus faible à droite qu'à gauche.

Il s'agit d'un anévrysme de l'aorte ascendante, du tronc brachio-céphalique et de la crosse elle-même comme le montre la percussion et la radiographie.

La pupille droite est plus petite que la gauche. Pas de ptosis, pas d'Argyll Robertson. D'après les dires du malade, la moitié gauche du visage est souvent plus chaude que la moitié droite et le côté droit du visage se couvrirait facilement de sueurs contrairement au côté gauche.

OBSERVATION X

(Grœdel, in *Munchenen medizinisch Wochenschift*, n° 6 de 1906, p. 264.)

M. K..., quarante-sept ans, banquier, célibataire. Dans ses antécédents personnels on relève trois blennorrhagies. En 1901, une ulcération du prépuce de nature indéterminée. En 1902, il subit une opération pour des hémorroïdes. Il est sujet aux amygdalites, aux catarrhes pharyngés, aux douleurs musculaires. Depuis cinq ans, il a remarqué une différence dans la coloration de ses mains.

Le malade ne s'est jamais tourmenté, a beaucoup bu de bière et d'alcool, a beaucoup fumé et s'est livré à de fréquents excès génésiques.

Depuis trois ans, il est asthénique, s'essouffle facilement en marchand, a des douleurs dans la région précordiale irradiant dans le dos. La nuit il souffre de crises d'angor.

Actuellement, de moyenne grandeur, musclé, pesant 85 kilogrammes, il a un visage un peu bouffi et légèrement cyanosé. Les yeux toujours humectés montrent la pupille droite plus petite que la gauche. La voix est claire, la respiration courte dès que l'on fait parler longuement le malade.

La main gauche montre des doigts hippocratiques très prononcés. Les téguments du membre supérieur gauche jusqu'au-dessus du coude sont cyanosés. Pas de varices. Le bras gauche est plus froid que le bras droit. Enfin l'on trouve de l'ascite et de l'œdème des jambes.

La pointe du cœur bat dans les sixième et septième espaces en dehors de la ligne mamelonnaire. La matité cardiaque dépasse, à gauche, d'un travers de doigt la ligne mamelonnaire, à droite, d'un doigt le bord sternal. A la pointe, les bruits du cœur sont extraordinairement légers. A la base, le premier bruit est sourd et le bruit diastolique est aigu avec point maximum dans le premier et deuxième espace intercostal gauche. Le pouls plein à droite est à peine perceptible à gauche. Cette différence se retrouve aux deux sous-clavières tandis qu'aux carotides le pouls est également plein. Avec le tonomètre de Gärtner la tension artérielle est à droite de 85 et à gauche de 40 millimètres de mercure. La pression veineuse d'après Fray est à droite de 12 et à gauche de 25.

Aux rayons X, on observe une dilatation de l'aorte descendante avec poche ectasique pulsatile à la naissance de l'artère sous-clavière gauche.

En résumé, anévrysme de la portion descendante de la crosse de l'aorte dans le voisinage de la sous-clavière gauche. Cet anévrysme comprime d'abord l'artère sous-clavière qui à son tour comprime la veine sous-clavière.

CONCLUSIONS

I. — L'hippocratisme vrai est caractérisé par un développement anormal de la phalangette ; les parties molles participent seules à la déformation. Il n'y a pas de lésions du squelette sous-jacent. On doit donc le séparer nettement de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de M. P. Marie et de la dactylomégalie de M. Ramond.

II. — Dans les observations que nous avons rapportées, nous avons été frappés du peu de troubles artériels et de troubles nerveux présentés par les malades.

III. — L'unilatéralité des lésions hippocratiques coexiste toujours avec une compression d'une des grosses veines thoraciques : sous-clavière ou tronc brachio-céphalique. Il nous semble donc que la pathogénie de l'hippocratisme unilatéral relève de troubles veineux d'ordre mécanique. La stase du sang veineux dans les phalangettes, cause de l'hippocratisme, est due à ce que la circulation de retour est entravée par le rétrécissement soit du tronc brachio-céphalique soit d'une veine sous-clavière, comprimés par l'ectasie de l'aorte. Dès que l'obstacle

à la circulation veineuse est levé, l'hippocratisme regresse parallèlement à la disparition de cet obstacle.

IV. — La théorie mécanique seule suffit à expliquer les cas d'hippocratisme unilatéral. Il paraît inutile d'invoquer une origine toxique ou infectieuse qui n'apparaît nettement dans aucune des observations présentées.

Le Président de la thèse,
BEZANÇON

Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Signé : ILLISIBLE

BIBLIOGRAPHIE

Baur (*L.-J.*). — L'hippocratisme dans les affections vasculaires (Revue de Médecine, décembre 1919).

Béclère. — La pathogénie du doigt hyppocratique (Société médicale des Hôpitaux, séance du 1er juillet 1904).

Bernhard. — Un cas d'hippocratisme unilatéral (Berliner Kluc. Woch., 1906, n° 12, p. 343).

Bezançon (*F.*) *et de Jong* (*S. I.*). — Doigts hippocratiques et ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique (extrait des Archives générales de Médecine, décembre 1904).

— Du doigt hippocratique dans ses rapports avec les formes de la tuberculose pulmonaire. Considérations cliniques et pathogéniques (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 24 juin 1904).

Grœdel. — Un cas d'hippocratisme unilatéral au cours d'un anévrysme de la crosse de l'aorte (Munchenen medizinisch Wochenschift, n° 6 de 1916, p. 264).

Meygret (*Eugène*). — Thèse de Doctorat en Médecine sur la pathogénie du doigt hippocratique soutenue le 29 novembre 1905.

Ramond (*Félix*) *et David*. — Les dactylomégalies (Progrès médical, 20 juillet 1912).

Rathery. — Syndrome de Raynaud avec ostéopathie au cours de la tuberculose pulmonaire (La Clinique, 10 octobre 1913).

Souques. — Déformations hippocratiques des doigts d'une

seule main et varices du membre supérieur correspondant. Pathogénie de ces déformations (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 13 mars 1919).

Imprim. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 4536-20